



Index de Enfermería

versión On-line ISSN 1699-5988 versión impresa ISSN 1132-1296

Index Enferm vol.26 no.3 Granada jul./sep. 2017

MONOGRÁFICO

ESTADOS DE BIENESTAR E INTERVENCIÓN SOCIO-SANITARIA

Los debates se concretan: la universalidad revertida en el sistema español de salud

The debates are concretized: the reverted universality in the National Health System

María Isabel García Rodríguez¹, Lourdes Biedma Velázquez¹, Rafael Serrano del Rosal¹, Julia Ranchal Romero¹

¹Instituto de Estudios Sociales Avanzados, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Córdoba, España

[Dirección para correspondencia](#)

Mi SciELO

Servicios personalizados

Servicios Personalizados

Revista

SciELO Analytics

Artículo

Artículo en XML

Referencias del artículo

Como citar este artículo

SciELO Analytics

Traducción automática

Enviar artículo por email

Indicadores

Links relacionados

Compartir

Otros

Otros

Permalink

RESUMEN

El Modelo Social Europeo vigente en las economías avanzadas, ha sido hasta ahora un marco fundamental para los sistemas de protección social en su conjunto y para los sistemas sanitarios en particular. Su existencia no ha estado exenta de debate en torno a su vigencia y su sostenibilidad para enfrentar viejos y nuevos riesgos sociales en el marco político y económico de la globalización y del proceso de construcción europea. En el artículo nos proponemos analizar si el Decreto 16/2012, de 20 de abril responde a los objetivos declarados o si existe alguna discrepancia entre dichos objetivos y la realidad y sentido del Decreto. Para ello se han comparado las declaraciones de la Ministra responsable de su aprobación en la prensa de aquellos días con el texto del Decreto, llegando a la conclusión de que este sienta las bases de un modelo corporativo.

Palabras clave: Sistema sanitario, Estado del bienestar, Política social.

ABSTRACT

The current European Social Model in the advanced economies has so far been an essential framework for social protection systems as a whole and for health systems particularly. Their existence has not been without debate on its validity and sustainability in order to cope old and new social risks under the political and economic context of globalization and European integration process. In this paper we analyze whether the Decree responds to the stated goals or whether there is any discrepancy between these goals and the facts and meaning of the Decree 16/2012, April 20. To this end statements for the minister with responsibility on the approval of the Decree in newspapers in that time and the text of the Decree have been compared. We come the conclusion that It lays the foundations for a Corporate Model.

Key words: Health system, Welfare state, Social policy.

Introducción

El sistema de salud en España ha experimentado transformaciones importantes desde sus inicios. En este artículo tomaremos como referencia la que introduce el Decreto 16/2012 de 20 de abril (a partir de ahora el Decreto) que modifica el marco legal regulado por la Ley general de Sanidad de 1986. La Ley de 1986 supuso un impulso en el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, que fue perfeccionándose hasta la aprobación del Decreto. Los cambios que este introduce combinan elementos propios de los Sistemas de Nacionales de Salud, de los Sistemas Corporativos y de los Sistemas Liberales. Y, dada la discrepancia que se observa entre los objetivos políticos y las medidas implementadas, creemos que existe un objetivo no revelado que es sentar y consolidar las bases de un sistema Corporativo, de Seguro Social (como muestra el Artículo 3 bis.1 del Real-Decreto Ley 16/2012) en una primera fase, para en otra fase posterior, tratar de converger con las líneas maestras de la globalización neoliberal, entre cuyos principios rectores se encuentran: reducir el Estado de Bienestar, flexibilizar los mercados laborales y reducir el déficit.

Esta reforma no debe ser valorada únicamente por su diseño, sino que hay que tener en cuenta el contexto en el que se decide así como los efectos no queridos sobre los determinantes sociales de la salud.

Nuestra tesis es que no existe coherencia entre objetivos políticos y acciones implementadas por el Decreto, que esta situación es intencional, y que su finalidad es un cambio en el modelo sanitario para alcanzar la convergencia con los criterios de la globalización neoliberal. Para demostrarla, se han llevado a cabo las siguientes actuaciones: se ha revisado bibliografía relacionada con el proceso de cambio mundial y de convergencia europeo para determinar el sentido de la reforma, se ha considerado el impacto que puede tener la reforma del sistema sanitario como determinante social de salud y se ha analizado la coherencia entre los objetivos políticos y su concreción en el texto del Decreto.

Nuestra perspectiva de análisis se basa en el modelo que considera la salud como "un completo estado de salud de bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad".¹ Estamos, pues, ante un concepto complejo en el que también intervienen factores sociales, que actúan como determinantes sociales de la salud, entre los que se encuentran el sistema sanitario y las condiciones de vida.

El proceso de construcción de la Unión Europea junto a los procesos derivados de la globalización, han erosionado el pacto del Estado Nacional² para priorizar la competitividad y reducción del déficit. Bajo el argumento de hacer frente a nuevos riesgos sociales, la Agenda de Lisboa³ modificó el Modelo Social Europeo y la Estrategia de Salud 2020.⁴ Además de constatar la importancia de los sistemas de salud, considera que la rebaja del gasto es una actuación necesaria. Paralelamente, se ha venido constatando que la salud está influida por determinantes sociales y que esta no es solo el resultado del crecimiento económico, dado que este por sí solo no la mejora sin una intervención pública explícita, que es un elemento clave porque mejora la calidad de vida de las personas.⁵

Junto a los factores que configuran las condiciones de vida, la calidad de la atención sanitaria puede contribuir a reducir o incrementar las desigualdades en salud,⁶ de ahí el interés por analizar la Reforma introducida por el Decreto en la legislación básica que el Estado se reserva para sí. La Ley General de Sanidad (promulgada en 1986), exponía la existencia de una cobertura universal y gratuita basada en la solidaridad, la equidad, la calidad y la eficiencia.⁷ Posteriormente se fue ampliando el criterio de elegibilidad del Sistema, ampliando su cobertura hasta alcanzar la universalidad, situación que se mantuvo hasta 2011.

El Decreto 16/2012, de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, modifica el Sistema a través de cinco capítulos, y modifica artículos que afectan a leyes vigentes en relación con asuntos de salud.

a) Modificación de la asistencia sanitaria en España (capítulo I)

El objetivo político es comprometerse con un sistema universal y sostenible, como declara la Ministra de salud. Ana Mato reafirma su compromiso con una sanidad "pública, universal y gratuita" (ABC. 26.01.2012: <http://www.abc.es/20120125/sociedad/abci-mato-sanidad-201201251555.html>). La Ministra ha defendido ante los consejeros del ramo de nueve comunidades autónomas reunidos en Valladolid que los inmigrantes sin tarjeta de residencia paguen por acceder al Sistema Nacional de Salud porque "hay que poner freno al turismo sanitario". (elPeriodico. 29.08. 2012: <http://www.elperiodico.com/es/noticias/sociedadmato-ampara-turismo-sanitario-para-dejar-fuera-los-simpapeles-2193670>).

La reforma "está dando pasos en el camino de la sostenibilidad del sistema" con importantes resultados, entre los que ha citado la reducción del gasto farmacéutico... La asistencia sanitaria [se seguirá prestando] a todo el que lo necesite sin que ello genere ningún derecho, sin que dé lugar a ciertos abusos ni ponga en riesgo la sostenibilidad del sistema" (cita anterior).

Entre las medidas, el cambio más sustancial se encuentra en el artículo 3, que indica que "La asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud se garantiza a las personas que

ostenten la condición de asegurados".

Esta regulación modifica la naturaleza de la relación entre el Sistema y los ciudadanos. Todos los españoles o residentes con permiso, pasan a ser asegurados o beneficiarios, en función de su relación con el mercado laboral o su relación familiar. Se segmenta el acceso por grupos en función de criterios de estatus: tener residencia administrativa, estar cotizando o haberlo hecho, tener un derecho derivado a través de un asegurado o demostración de falta de medios. Por otra parte, a los extranjeros que residan o vayan a residir en España, se les exige un seguro como garantía de su disponibilidad de recursos y de que no serán una carga para los servicios públicos españoles. Los desempleados españoles que estén fuera del país por más de 90 días perderán su derecho a la asistencia sanitaria.

La relación entre objetivos y medidas implementadas es más contradictoria que coherente, pues el sistema deja de ser universal para transformarse en otro de corte Bismarkiano (se retira un derecho social transformando de nuevo al ciudadano en un "asegurado" o "beneficiario"). De este modo, la atención sanitaria se remercantiliza y refamiliza. La reforma también introduce la comprobación de medios para acceder al Sistema Nacional de Salud, de modo que los beneficios sociales se distribuirán según criterios de estatus. La reforma también vulnera el principio de solidaridad, puesto que los inmigrantes sin permiso de residencia quedan excluidos (excepto atención en urgencias) a causa de sus circunstancias administrativas.

No conviene confundir turismo sanitario con inmigración, aunque en el discurso político aparezcan vinculados, ya que la Reforma distingue ambas situaciones con claridad. De hecho, para regular el turismo sanitario ya existían los mecanismos que permitían registrar y facturar el servicio prestado, aunque quizás estos hubiesen tenido que ser objeto de una reforma específica.

Puesto que las medidas contradicen los objetivos, y dado el sentido de la Reforma, pensamos que nos encontramos ante un cambio sustancial en la naturaleza del sistema que, cuando menos, apunta como horizonte el modelo residual anglosajón.

b) Modificación de la cartera común de servicios (capítulo II) y medidas sobre la prestación farmacéutica (capítulo IV)

El objetivo de la Reforma es mantener la sostenibilidad financiera y la racionalización del gasto público. "Dejemos cuanto antes las demagogias, y centrémonos en lo que realmente importa, que los ciudadanos tengan acceso a una sanidad pública, universal, gratuita y de calidad, independientemente de donde viva y de quien preste el servicio" (El Mundo. 27.02.2013: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2013/02/27/noticias/1361983914.html>).

"Pagar el 10% de un medicamento no es un copago, al menos para la ministra Ana Mato. Ella prefiere llamarlo una 'aportación', una 'participación' del paciente. Además, dice que los enfermos de los hospitales no tienen que pagar fármacos" (laSexta.com. 03.10.2013. 17:57; http://www.lasexta.com/noticias/economia/ana-mato-niega-que-pagar-medicamento-sea-copago_2013100300249.html).

"La reforma es justa y equitativa [...] se ha tenido en cuenta a los pensionistas porque el hecho de ser mayor hace que se utilicen más medicamentos y los crónicos también. Hemos tomado la decisión más justa, la que menos perjudica a los ciudadanos" (europa press. 19.04.2012. 10:39; <http://www.europapress.es/nacional/noticia-mato-implantacion-copago-farmacautico-justo-equitativo-20120419103915.html>).

En el capítulo II, se abordan los cambios en la cartera común, a través de la que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias (artículo 8.1). En el Decreto (artículo 8.2.) se define según tres modalidades: cartera común básica, accesoria y suplementaria. Esta diferenciación supone que para acceder a determinados servicios o recursos de las carteras accesoria o suplementaria el usuario tiene que satisfacer un copago.

La cuantía se establece en función de tramos de renta y tiene efectos sobre diferentes grupos de población. Se incorporan al copago los pensionistas, siendo los parados sin derecho a prestación ni subsidios, beneficiarios de pensiones no contributivas y perceptores de rentas mínimas de inserción, quienes obtienen las prestaciones a coste cero. Se establecen topes máximos al copago para pensionistas en función de su renta, y la cuantía que excede al tope se les devuelve con una periodicidad no superior a seis meses.

En el capítulo IV se regula la prestación farmacéutica que, salvo excepciones, se prescribirá por principio activo. Además se excluyen de la financiación pública los medicamentos indicados para síntomas menores o coadyuvantes en otros tratamientos y se modifica la participación de los usuarios en el copago en condiciones similares a las anteriores. Por su parte, la receta electrónica pasa a ser obligatoria, aunque esta medida se viene aplicando desde hace años en comunidades como Andalucía.

De nuevo la coherencia entre objetivos y medidas es inexistente. Dadas las características de la demanda, el gasto sanitario se mantendrá. Lo que producen estas medidas es un desplazamiento del gasto desde el conjunto de la sociedad a los hogares, y desde individuos sanos a enfermos, que pagarán más, lo que supone un impacto negativo sobre el principio de equidad. Por otra parte hay una "inexistente relación entre utilidad terapéutica e intensidad del copago".⁸ Asimismo, la exclusión de los medicamentos de la financiación pública elevará su precio, lo que puede disminuir la eficacia de los tratamientos y la calidad de vida.

En definitiva, la Reforma producirá cambios en diferentes niveles. En el individual, se hará frente a un incremento del coste de los servicios y de los recursos incluidos en la cartera común, que se encuentran sujetos a copago. Sus

efectos serán más intensos sobre los hogares con rentas más bajas y sobre los enfermos crónicos, dado que la enfermedad y su tratamiento no son objeto de las preferencias individuales. En el nivel sistémico, se incrementan los costes de transacción y la complejidad de la gestión burocrática, dado que se prevén revisiones periódicas de la cartera común, la gestión de devoluciones a los pensionistas y la actualización de las condiciones socio-laborales de los usuarios. En el nivel social, se verán afectados los principios de universalidad y equidad, aunque no es posible asegurar que ello haya supuesto un incremento inmediato de la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

c) Medidas de cohesión y garantía financiera del Sistema Nacional de Salud (capítulo III)

El objetivo que se declara es incrementar la cohesión territorial y la equidad en el sistema. Este instrumento, ha añadido la ministra, asegurará "la cohesión y la equidad de todo el Sistema Nacional de Salud". "Vamos a garantizar a estos pacientes que serán correctamente atendidos en toda la red pública con independencia de dónde residan y dónde se encuentren" (El País. 27.03.2012. 19.53; http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/03/27/actualidad/1332869469_097669.html).

"El dinero saldrá del fondo de cohesión autonómica" (ABC. 28.03.2012; <http://www.abc.es/20120327/sociedad/abci-fondo-garantia-sanitaria-01203271910.html>).

Para ello se crea el fondo de garantía asistencial (artículo 3.1.) con carácter extrapresupuestario para asegurar la cobertura de personas aseguradas que se desplacen entre comunidades autónomas y las comunidades de Ceuta y Melilla.

Dado que la atención sanitaria en España ha sido hasta ahora un derecho universal y gratuito, el lugar de residencia no ha sido un inconveniente para recibirla. En este caso más que coherencia, encontramos una redundancia de los objetivos planteados. Otra cuestión es que la estructura burocrática no haya sido adecuada o suficientemente eficiente para facilitar la gestión de los costes a las Comunidades Autónomas. Pero en este caso, la reforma no mejorará la atención sanitaria, sino que viene a solucionar un problema de gestión. Hay, además, dos cuestiones que plantean alguna incertidumbre. Se trata de la cuantía del fondo y del hecho de que sea extrapresupuestario, porque si esta herramienta no se dota de fondos suficientes puede verse condicionada su efectividad. Así pues, encontramos que las medidas no son adecuadas a los objetivos.

d) Medidas en materia de recursos humanos (capítulo V)

El objetivo es reducir el gasto del sistema modificando la gestión de los recursos humanos. La reforma sanitaria también afectará a la reordenación de recursos humanos del personal sanitario. "Se favorecerá su movilidad y reasignará profesionales. De aquí saldrán 500 millones de euros" (ABC. 20.04.2012; <http://www.abc.es/20120420/sociedad/abci-reforma-sanitaria-ahorro-01204201008.html>).

Las medidas modifican la situación de los Recursos Humanos: en relación con los especialistas, se modifica la formación en las Áreas de Capacitación Específica; se crea el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios con la finalidad de mejorar la planificación de los recursos humanos; se modifica el Estatuto Marco del Profesional Estatutario de los Servicios de Salud, que da atribuciones al Ministerio de Sanidad para aprobar el catálogo de equivalencias de categorías profesionales; se modifica la regulación de las retribuciones del personal estatutario y manda a los servicios de salud autonómicos a establecer procedimientos de evaluación de desempeño del personal; se suprime la modalidad de prestación de servicios de cupo y zona.

Aunque las medidas introducidas son coherentes con el objetivo de modificar la gestión de los recursos humanos, no encontramos la relación entre algunos elementos. Por ejemplo, no queda claro cómo puede mejorar la atención sanitaria modificando las condiciones laborales de los profesionales sin abrir el proceso a la negociación colectiva o "incorpora la retribución variable de acuerdo con la evaluación del desempeño sin asegurar criterios ni controles del mérito" (Plataforma para la defensa de la sanidad Pública de Asturias).

Siguiendo a Hall, el cambio en las políticas sociales puede ser de tres órdenes.⁹ Lo expuesto apunta a que nos encontramos ante una modificación de tercer orden, puesto que cambian los objetivos (aunque no se declare) y los instrumentos (*means tested*). Aunque los ingresos son públicos, la orientación hacia un sistema *means tested* ha supuesto la vuelta a un modelo conservador apoyado en los ingresos del mercado.¹⁰

Según la Clasificación de Pearson, las medidas de este Decreto podrían calificarse como mercantilizadoras.¹¹ Por su parte, Ferrara y Rhodes identificaron una tendencia internacional al establecimiento de sistemas de control de medios [...] y el endurecimiento en los requisitos de acceso a los sistemas de protección social.¹²

Conclusiones

Las reformas que se vienen aplicando sobre el Estado de bienestar suponen en su conjunto una nueva distribución en el reparto de responsabilidades en el Agregado de bienestar, a saber: una nueva distribución de los riesgos sociales,^{13,14} y de su administración. Este proceso también puede identificarse en el caso del Real Decreto Ley 16/12 de 20 de abril.

En el siglo XX, el Estado Social puso en marcha diferentes sistemas para hacer frente los Viejos Riesgos Sociales, cuyo objetivo era asegurar las condiciones de vida de los individuos frente a los riesgos derivados de la vejez, la enfermedad y el desempleo. El Sistema Sanitario ha sido, pues, una herramienta del Estado Social para proteger a los individuos de los riesgos para la salud.

La reforma que ha planteado el Decreto es, en sí misma, sustancial para nuestro Modelo de Bienestar. No obstante, esta cobra todo su sentido al ponerla en relación con otras reformas implementadas en otros ámbitos del Estado y cuya incidencia sobre los Nuevos Riesgos Sociales ha sido sustancial. Estos últimos son propios de sociedades avanzadas, postindustriales, que se enfrentan fundamentalmente a un incremento del desempleo y del empleo informal, a la extensión de la exclusión social y de la desigualdad de género.

En la base de estos procesos, diferentes autores sitúan el desarrollo de reformas laborales, educativas, la existencia o no de redes de protección social y la privatización de los servicios públicos.¹³ Todos estos riesgos, a su vez, actúan como determinantes sociales de la salud, por lo que su consideración es importante al evaluar la salud de una población o el impacto que sobre ella puede tener la reforma de los sistemas sanitarios.

Las reformas implementadas en España con especial intensidad a partir de 2011, ponen de manifiesto que el Estado no se hará responsable de la protección frente a los Nuevos Riesgos Sociales y que está empezando a retirarse de su responsabilidad en la protección frente a los Viejos, dado que las reformas afectan a los sistemas Sanitario, de Pensiones y Protección por Desempleo.

En el fondo de esta situación subyace una pregunta fundamental ¿a quién corresponde administrar los riesgos sociales? Ante ella encontramos diferentes respuestas. El discurso neoliberal defiende la responsabilidad individual para enfrentar los riesgos de la vida y, por ello mismo, su gestión privada. Parten de que el Estado no es eficaz en la administración de riesgos, por ello estos deben ser responsabilidad del sector privado a través de procesos de privatización o colaboraciones público-privadas, que se consideran más eficientes. Este argumento se refuerza con el que sigue: las sociedades postindustriales se enfrentan a una gran diversidad de riesgos y solamente la individualización de los mismos y la privatización del riesgo puede hacer frente a esta situación.¹⁵ Sin embargo, existen perspectivas opuestas ante los procesos de cambio que estamos observando. Por ejemplo, la idea de riesgo entendida como "acontecimientos que comprometen la capacidad de los individuos para asegurar por sí mismos su independencia social",¹⁶ y supone que los riesgos individuales deben ser asumidos colectivamente.

Aproximadamente desde 2001, se viene cuestionando el Sistema Nacional de Salud por sectores políticos, económicos y sociales orientados hacia los postulados neoliberales vigentes en la Unión Europea. En esos momentos varios países europeos iniciaron reformas en sus sistemas de salud y de pensiones, que han ido avanzando a lo largo de estos años. En el sistema de salud inglés, a través del Health and Social Care Act (2012), en el holandés y en el alemán se han llevado a cabo reformas que incluyen medidas privatizadoras y de reducción del gasto. Otros países como Noruega han reformado sus sistemas de pensiones desde la universalidad hacia la comprobación de medios o al aseguramiento.

En España la reforma se ha plasmado en el Real Decreto Ley 16/2012 de 20 de abril, que afecta a aspectos relacionados con: el acceso al sistema, la asistencia sanitaria, la cartera de servicios, la prestación de farmacia, la participación de los usuarios en la financiación a través de copagos, los recursos humanos y la salud pública. El gobierno presenta las medidas como actuaciones necesarias para preservar la sostenibilidad del Sistema. Sin embargo, las medidas que implementa lo contradicen y diferentes agentes políticos y sociales las interpretan como una imposición europea injusta, sujeta al cumplimiento del objetivo de déficit. Esta crítica se fundamenta en la convergencia perfecta entre el discurso del gobierno respecto al gasto público, la reforma sanitaria y los compromisos aceptados por los gobiernos españoles ante las instituciones Europeas.

Al abandonar los objetivos de protección y redistribución para adoptar como eje prioritario la eficiencia, la racionalidad de la política sanitaria cambia y se orienta a la reducción del gasto. En consecuencia, el mercado cobra una importancia mayor sobre la salud e igualmente ocurre con la familia. También cobra más importancia el peso del Tercer Sector, puesto que se pueden firmar con el mismo convenios especiales en función de la renta. En definitiva, se modifican los pesos de los componentes del Agregado del bienestar. En el caso del Sistema Nacional de Salud: el Estado reduce su peso y este se traspasa al mercado, a la familia y al Tercer Sector.

No podemos pensar que el Decreto se haya aprobado ignorando cuestiones de tal calado, por tanto, habría que plantearse diferentes motivaciones. La primera es que nos encontramos ante una preferencia política que defiende un modelo de atención a la salud basado en el nivel de renta y en el status administrativo. La segunda es que nos encontramos ante la primera fase de un cambio del modelo en la que se han adaptado las estructuras básicas del Sistema para permitir reformas posteriores que avancen hacia la retirada del Estado en la atención a la salud. De este modo, España se situaría en la senda de las economías neoliberales asentadas sobre la creencia en la responsabilidad individual frente a la protección de los riesgos sociales y en la creencia de que la retirada del Estado y la privatización de los servicios públicos son necesarias para incrementar la competitividad en un mercado global.

Bibliografía

1. Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100. 1948; Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85573/1/Official_record2_eng.pdf (acceso: 05/05/2016). [Links]
2. Petrella, Riccardo. Globalization and Internationalization: the Dynamics of the Emerging World Order. En: Boyer, Robert; Drache, Daniel, editores. States Against market: the limits of Globalization. Londres: Routledge, 1996; 62-83. [Links]
3. Consejo Europeo de Lisboa. Conclusiones de la Presidencia, 2000. Disponible en http://www.europarl.europa.eu/summits/lis1_es.htm (acceso: 05/05/2016). [Links]
4. WHO Regional Office for Europe. Health 2020: the European policy for health and well-being, 2014. Disponible en <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020> (acceso: 05/05/2016). [Links]
5. Martín, José Jesús; López del Amo, M^a del Puerto. La Sostenibilidad del Sistema de Salud en España. Ciencia & Saúde Colectiva, 2011; 6(6): 2773-2782. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63019110016> (acceso: 05/05/2016). [Links]
6. Whitehead, Margaret; Dahlgren, Göran. Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. WHO Regional Office for Europe, 2006; 1-30. Disponible en: <http://www.euro.who.int/data/assets/pdf/0010/74737/E89383.pdf> (acceso: 16/03/2015). [Links]
7. Bleda García J. Determinantes Sociales de la Salud y de la Enfermedad. Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales 2005-2006; 7:149-160. Disponible en: <http://revistabarataria.es/web/index.php/rb/article/view/241> (acceso: 05/05/2016). [Links]
8. Repullo, José. Cambios de Regulación y de Gobierno de la Sanidad. Informe SESPAS. Gaceta Sanitaria, 2014; 28(S1): 62-68. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911114000910> (acceso: 05/05/2016). [Links]
9. Hall, Peter Andrew. Policy Paradigms, Social Learning, and the State: The case of Economic Policymaking in Britain. Comparative Politics 1993; 25(3):275-296. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/422246> (acceso: 05/05/2016). [Links]
10. Allan, James; Scruggs, Lyle. Political partisanship and welfare state reform in advanced industrial societies. American Journal of Political Science 2004; 48(3):496-512. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.0092-5853.2004.00083.x/full> (acceso: 05/05/2016). [Links]
11. Pierson P. Coping with Permanent Austerity. Welfare State Restructuring in Affluent Democracies. En: Pierson P. The New Politics of the Welfare State. Oxford: Oxford University Press, 2001c; 410-456. [Links]
12. Ferrera M; Rhodes M, editores. Recasting European Welfare State. Londres: Frank Cass, 2000. [Links]
13. Moreno, Luis. Editor. Reformas de las Políticas del Bienestar en España. Madrid: Siglo 21, 2009; 1-375. [Links]
14. Donati, Pierpaolo. Nuevas Políticas Sociales y Estado Social Relacional. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 2004; 108: 9-47. Disponible en: http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_108_031168422377814.pdf (acceso 05/05/2016). [Links]
15. Banegas González, Israel. El cambio en la administración de los riesgos sociales: política social y transformación del Estado. Estudios Sociológicos 2008; 26(2):287-319. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=59826202> (acceso 05/05/2016). [Links]
16. Castel, Robert ¿Qué es estar protegido? Buenos Aires: Manantial, 2004. [Links]

Dirección para correspondencia:

María Isabel García Rodríguez,
 Instituto de Estudios Sociales Avanzados,
 Consejo Superior de Investigaciones Científicas,
 Córdoba, España.
 Plaza Campo Santo de los Mártires, 7,
 14004 Córdoba
igarcia@iesa.csic.es

Manuscrito recibido el 28.11.2016

Manuscrito aceptado el 20.2.2017



Todo el contenido de esta revista, excepto dónde está identificado, está bajo una [Licencia Creative Commons](#)

Apartado de correos: nº 734, Granada, Granada, ES, 18080, (34)958 293 304



secretaria@ciberindex.com